Gonorrhoische Urethritis

beim Weibe

mit

periurethralem Abscess.

Dr. med. **Albin Göbel.**

Auerbach i. V.
Druck von Adolf Gröger.
1889.

Gonorrhoische Urethritis beim Weibe mit periurethralem Abscess.

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der mediz. Doctorwürde

vorgelegt der

medizinischen Facultät zu Erlangen

am 20. Juli 1889

von

Albin Göbel

aus

Auerbach i. sächs. Vogtlande.

Auerbach i. V.
Druck von Adolf Gröger.
1889.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Facultät.

Ref.: Herr Prof. Dr. **Frommel.**

Seinem Studiengenossen

Fritz Sänger

als

Zeichen der Freundschaft.

Der Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546422_0127

Gonorrhoische Urethritis beim Weibe mit periurethralem Abscess.

Gonorrhoische Erkrankungen sind so häufig, dass E. Noeggerath 1872 die Behauptung aufstellen konnte, dass in New-York von 1000 verheirateten Männern mindestens 800 den Tripper gehabt haben, dass 90 % aller Tripper ungeheilt bleiben, höchstens latent werden, aber in diesem Stadium noch übertragbar sind, und dass infolge dessen fast sämmtliche Frauen, die sich mit tripperkrank gewesenen Männern verheiraten, gleichfalls mit einer Gonorrhö inficirt werden.[5])

Schon frühzeitig erkannte man die Gonorrhöen als specifische Erkrankungen, sofern man in der vorbacteriellen Zeit recht wohl wusste, dass Trippersekretimpfungen auf gesunde Schleimhäute dort wieder Tripper erzeugen. Wollte ich daher bei vorliegendem speciellen Fall einer seltenen Komplikation mich détaillirt über Dinge verbreiten, die von berufener Seite stattsam beleuchtet und experimentell erhärtet sind, so hiesse es schier Eulen nach Athen tragen.

Ich resümiere daher nur kurz, was über das Wesen der Gonorrhö klargelegt ist.

Nach den Untersuchungen von Neisser, Bumm, Haab[1]) und Anderen steht zweifellos fest, dass die gonorrhoischen Erkrankungen durch einen ganz bestimmten „Gonokokkus“ erzeugt werden; es ist dies der vielbeschriebene Diplokokkus, von dem zuerst im Jahre 1879 Neisser Mitteilung gemacht hat. Der Gonokokkus-Neisser ist ziemlich gross, bei 400- bis 500facher Vergrösserung im Trockensystem bereits deutlich erkennbar. Am besten untersucht man ihn mit Ölimmersion und Abbe'schem Beleuchtungsapparat, nachdem man ihn mit einer Anilinfarbe (am empfehlenswertesten mit Fuchsin und Methylenblau) gefärbt hat.[3]) Seine Gestalt wird als semmelförmig beschrieben; je zwei Kokken, länglich, rundlich, liegen mit der einen, planen Längsseite einander zugekehrt, beisammen. Seine Vermehrung geschieht, indem abwechselnd in auf einander senkrechten Teilungsebenen aus je zwei jedesmal vier Kokken entstehen. Dieser Vermehrungsmodus ist differentialdiagnostisch wichtig.

Ein anderes Differentialdiagnosticum will ich gleich hier mit erwähnen: Bumm[6]) gibt an, und andere Autoren stimmen dem bei, dass der echte Diplokokkus, entgegen den Angaben Bockhardt's, nie in Zellkernen angetroffen wird. Wegen weiterer specifischer Eigentümlichkeiten verweise ich auf die angegebene diesbezügliche Litteratur.

Zu einer raschen und fruchtbaren Entwicklung des Gonokokkus-Neisser bedarf es einer höhern (Körper-) Temperatur; niedere (Luft-) Temperaturen verhindern die Vermehrung auffallend.

Dieser Gonokokkus ist aber nicht der einzige bekannte Diplokokkus; im Gegenteil hat man noch ver-

schiedene Pseudokokken, und zwar hat Bumm allein deren drei ausfindig gemacht, deren praktische Bedeutung noch Gegenstand vielfacher Discussion ist, Diplokokken, die gleichfalls in dem Urethral- und Genitalapparat des Mannes wie des Weibes ihr Wesen treiben. Ob aber diese andern Arten gleichfalls gonorrhoische Affectionen der genannten Organe bewirken können, ist noch nicht sichergestellt. Wenn man leichtere Blennorrhöen, wie es von verschiedenen Seiten geschieht, der Wirkung dieser zuschreiben will, so kann man doch mit gleichem Rechte auch jene Ansicht nicht zurückweisen, derzufolge die leichteren specifischen Schleimhautkatarrhe verursacht seien durch eine abgeschwächte Virulenz des specifischen Gonokokkus-Neisser; endlich auch kann der Nährboden, das Epithel der betreffenden Mucosae bei verschiedenen Individuen unter verschiedenen Umständen verschiedener Qualität sein. Ich erinnere daran, dass eine virginale Vagina oder eine, die vor kurzer Zeit ein Puerperium durchgemacht hat, schon für geringer giftige Keime empfänglich ist und unter Umständen mit einer Entzündung im ganzen System reagiert, während eine ältere Vaginalschleimhaut, von festerer Consistenz, die mehrere Puerperien hinter sich hat, oder gar die Schleimhaut einer Prostituierten, dies seltener, nur unter gewissen Umständen oder nie thut. Dasselbe Verhältnis gilt für die männliche Harnröhre.[2]) Eine succulente, zarte Schleimhaut, womöglich noch durch ungewohnten Alcoholgenuss in Congestion versetzt, erweist sich ebenfalls für giftige gonorrhoische Keime nichts weniger als resistent. Sie reagiert mit einer starken, langwierigen

Entzündung, die die Schleimhaut in tiefe Erregung und hartnäckige Infiltration versetzt. — Wo bleiben dann in solchen Fällen die Unterschiede des echten Gonokokkus, des Pseudokokken und wie alle die noch aufgefundenen, dem Neisser'schen täuschend ähnlichen heissen mögen?

So möchte das Zustandekommen einer Infection sich also nach der individuellen und augenblicklichen Disposition des Empfängers in erster Linie richten, in zweiter nach der Virulenz des Infectionsstoffes, dessen Träger der Gonokokkus-Neisser zu repräsentieren scheint.

Das Beispiel, dass sich Mikroorganismen nicht gleich perniciös für jeden Organismus erweisen, ist noch durch eine grosse Anzahl identischer Vorkommnisse mit andern Infectionskeimen und an andern Organen bewiesen.

Eine definitive diesbezügliche Entscheidung treffen zu wollen, liegt mir gelegentlich dieses Referates fern.

Wenden wir uns also zurück zu unserm specifischen Gonokokkus-Neisser, so wird er von Individuum zu Individuum in der Regel durch den Copulationsact in die männliche Harnröhre respective weibliche Vagina übertragen, und an Ort und Stelle beginnt er sein Zerstörungswerk auf dem zarten Epithel dieser delikaten Schleimhäute. Er dringt in die Epithelialzellen und zwischen diese ein, zerstört sie und setzt so Läsionen der Schleimhautdecke, die endlich ihrerseits Ursache geben zu einem „eitrigen" Katarrh der befallenen Schleimhäute.

Auch darüber sind die Ansichten geteilt, ob die Eitersekretion der Gonokokkus allein bewirken könne,

oder ob nicht, da ja sattsam Mikroorganismen am Ort der Läsion vorhanden sind, diese erst eine Eiterung provocieren. Ohne hier weiter darauf eingehen zu wollen, betone ich nur soviel, dass Gonokokken im Trippereiter gefunden werden (Bumm). Kammerer[7]) giebt auch an, bei gonorrhoischen Gelenkentzündungen solche im Eiter gefunden zu haben.

Diese Notiz könnte mich veranlassen, der Meinung zuzuneigen, dass, da der Gonokokkus sich nicht beeinträchtigt findet im Eiter, er allein auch recht wohl im Stande sein möchte, eitrigen Katarrh wachzurufen; sonst dürfte man wohl kaum erwarten, dass dieser zarte Mikroorganismus der eitrigen Einschmelzung Widerstand genug entgegenbringen könne.

Ausser in den Epithelialzellen und zwischen denselben und in den producierten Eitersekreten findet sich (gleichfalls nach Bumm) der Gonokokkus auch im Bindegewebe, freilich nur in den allerobersten Lagen desselben. Damit zugleich ist aber demselben die Lymphbahn erschlossen und die metastatischen (post-) gonorrhoischen Erkrankungen (Herzaffectionen, Gelenkleiden etc.) finden so ihre ätiologische Begründung.

Abgesehen aber von den Metastasen greift der Tripperprocess per continuitatem weiter auf den Schleimhäuten des genitouropoëtischen Apparates und per contignitatem auf das periurethrale, parametrane u. s. w. Bindegewebe über und kann so dort zu Abscessen führen. Diese Abscedierungen können natürlich einfache Gonokokkusabscesse oder aus Mischinfectionen hervorgegangen sein.

Von der Blennorrhö der Neugeborenen nehme ich hier nicht Notiz, weil der Infectionshergang von dem gewöhnlichen abweicht und ohne weiteres verständlich und hier belanglos ist.

Eine Eigentümlichkeit des Gonokokkus darf als höchst bemerkenswert nicht unerwähnt bleiben, nämlich die, dass er ausschliesslich Cylinderepithelzellen zu durchdringen vermag, nicht die Plattenepithelien! Je nachdem nun an dieser oder jener Schleimhaut dieser oder jener Epitheltypus sich findet, wird vorauszusetzen sein, dass auch der Tripperprocess heftiger und progredienter auftritt, resp. dass sich Praedilectionsstellen finden müssen, an welchen die Gonorrhö in die Fläche und in die Tiefe sich weiter ausdehnen wird.

Nach der zuletzt erwähnten Eigenschaft des Gonokokkus ziemt es sich wohl, kurz sich zu vergegenwärtigen, welches die Zusammensetzung der Epithelien der primär befallenen Schleimhäute sei.

Zunächst kommt natürlich die Urethralschleimhaut des Mannes und die Vaginalschleimhaut der Frau in Betracht. Hier nun finden sich[4]) Plattenepithelien, dort Cylinderepithelien, die der Gonokokkus zu durchdringen vermag. Sonst finden sich Cylinderepithelien im Urogenitalsystem auch in der weiblichen Harnröhre, im vas deferens, im Nebenhoden, in den Cowperschen Drüsen,

desgl. in der Bartholinischen Drüse, im Cervi uteri, im Uteruscavum und in den Tuben.

Beim Weibe nun wird mit dem Sperma auch das gonorrhoische Virus in den Cervix uteri von der Scheide aus gelangen. Die Existenzbedingungen sind hier aber günstiger als in dem sauer reagierenden Scheidenschleim, indem der Cervix wieder Cylinderepithel besitzt, das nun bis zum Abdominalende der Tuben verbreitet ist.

Vom Introitus vaginae aus begiebt sich aber auch der Gonokokkus nach den Ausführungsgängen der Bartholinischen Drüse und erregt Entzündung und Eiterung in derselben. Dass in die Parametrien Gonokokken eindringen können, ist schon verständlich gemacht; allerdings gibt Bumm an, dies seien nur Pseudokokken.

Gelangt das Trippervirus in die weibliche Harnröhre, so findet der Mikrokokkus auch hier den günstigen Boden eines Cylinderepithels und nur ein kurzer Weg bleibt dann noch bis zur Blase. Es spielen dann sich genau die specifischen Blasenprocesse ab, wie beim Manne, eventuell gefolgt von gonorrhoischen Entzündungen der Ureteren und der Nieren.

Es ist nicht meine Sache, einzugehen auf alle die Eventualitäten und Komplikationen, die einer einfachen Gonorrhö folgen können, nur die wichtigsten seien kurz dem Namen nach erwähnt. Ausser den gonorrhoischen

Schleimhauterkrankungen des männlichen und weiblichen Urogenitalsystems entstehen also [3]) metastatische Parametritiden und Gelenkaffectionen, besonders im Kniegelenk, die in der Regel in Eiterung ausgehen. Bekanntlich sind auch voraufgegangenen Gonorrhöen gewisse Rheumatismusformen (sogenannter Tripperrheumatismuss) und Herzerkrankungen (Endocarditis gonorrhoica) zu danken. Ferner erwähne ich die gonorrhoischen Nephritiden und Epidydimisentzündungen. An der äussern Haut der Genitalregion entstehen durch den Reiz der Sekrete die hinlänglich bekannten Papillarhypertrophien (Papillome, spitze Condylome). Ziemlich selten ist der Mastdarmtripper. Die inguinalen Lymphdrüsen sind häufig entzündlich gereizt, wenn auch Tripperbubonen im Allgemeinen wenig zur Beobachtung gelangen. Alle in das Urogenitalsystem ausmündenden Drüsen werden selbstverständlich gleichfalls häufiger befallen, und es kann alsdann zu Abscedierungen in denselben kommen.

Im Allgemeinen muss man nun prognostisch daran festhalten, dass der Tripper beim Weibe eine sehr viel ernstere Bedeutung hat als beim Manne. Gewisse Komplikationen, wie Endrometritis, Pyosalpinx, Para- und Perimetritis etc., die zum grossen Teil auf gonorrhoischer Basis beruhen, können eine Frau schwer schädigen und oft zeitlebens in einen recht verhängnisvollen Zustand versetzen.

Eine Komplikation aber ist beim Weibe ausserordentlich selten, im Gegensatz zu der gleichen Komplikation beim Manne. Es ist dies **ein periurethraler Abscess im Anschluss an eine acute Harnröhrengonorrhö.**

Ueber einen solchen Fall, der in hiesiger Universitäts-Frauenklinik zur Beobachtung gekommen ist, will ich hier berichten, nachdem mir selbiger durch die Güte des Herrn Professor Dr. Frommel zur Publikation überlassen worden ist.

Die Anamnese lautet dahin: Die Patientin M. H., eine Gärtnersfrau von hier, 42 Jahre alt, ist seit 12 Jahren verheiratet. Jhre Eltern sind tot und starben an Wassersucht; Geschwister hat sie fünf, die leben und gesund sind. Patientin will selbst stets gesund gewesen sein; in ihrer Jugend (vom 18. bis 20. Jahre) habe sie an weissem Ausfluss gelitten. Die erste Regel hatte sie mit dem 16. Jahre. Die Menses sind spärlich, nur 3—4 Tage anhaltend, sonst regelmässig. Entbindungen hatte sie acht ohne Kunsthilfe durchgemacht, die letze vor sechs Jahren. Die Wochenbette verliefen normal, Fehlgeburten hatte sie nicht gehabt.

Als sie am 28./v. 89 die Hilfe der Klinik aufsuchte, klagte sie folgende Beschwerden: Vor elf Tagen sei sie plötzlich erkrankt an äusserst intensiven Schmerzen im Kreuz und im Leib. Diese dauerten 1—2 Tage: Patientin wurde dann einige Zeit schmerzfrei, bald jedoch kehrten die Schmerzen wieder. Heftig sind sie beim Wasserlassen. Patientin will blutigen Urin sehr häufig entleeren. Ausserdem leidet sie an bald blutigem, bald weissem Ausfluss, den Patientin aus einem Wochenbett zurückbehalten haben will.

Beim Status beschränke ich mich blos auf das Wesentliche, hier in Betracht kommende.

Die Vulva klafft. Die vordere Scheiden-

wand wird vorgedrängt von einem taubeneigrossen, in ihr sitzenden, halbkugeligen, prallelastischen Tumor. Die Schleimhaut ist gerötet, besonders die Urethralmündung.

Die Vaginalschleimhaut ist gleichfalls stark gerötet und geschwellt. Auf Druck auf den elastischen Tumor von der Scheide aus entleert sich gelber, flüssiger Eiter aus der Harnröhre.

Der Uterus ist retrovertiert und wenig beweglich; ausserdem besteht ein Cervicalkatarrh. Hinter dem Uterus befindet sich eine entzündliche Schwellung, von der Grösse eines Hühnereies, ferner links neben dem Uterus ein walzenförmiger Tumor von äusserst weicher Beschaffenheit und grosser Empfindlichkeit; unter diesem ein derberer, mandelförmiger Körper. Die rechten Uterusanhänge sind gleichfalls etwas empfindlich, aber ohne abnorme Resistenz und Gestalt.

Aus dieser Krankengeschichte geht soviel als diagnostisch sicher hervor: Die Frau hat zur Zeit, zunächst abgesehen von den andern pathologischen Befunden, einen acuten Harnröhrentripper, der allerdings nicht auf die Blase übergegriffen.

Der Harnröhrentripper ist nun bei der Frau, wie aus dem Mechanismus der Cohabitation erklärlich, seltener als beim Manne. Die Harnröhre bildet bei ihr weder den ausschliesslichen, noch auch nur den vorwiegenden Sitz der gonorrhoischen Affection, sondern participiert daraus in weitaus den meisten Fällen nur mit dem Orificium externum und mit einem kleinen darüber liegenden Abschnitte, und in den meisten Fällen

bleibt sie ganz gesund, um nur in den schwereren Fällen eine intensive Entzündung des ganzen verhältnismässig kurzen Organs zur Beobachtung zu bringen. Dem entsprechend treten auch die hervorstechenden Symptome des männlichen Trippers, die hochgradige Schmerzhaftigkeit beim Urinieren und der fortwährende Drang dazu bei der Frau gewöhnlich nur in mässigem Grade, manchmal aber gar nicht, oder nur sehr selten auf.

Nach einer statistischen Angabe von Steinschneider[9]) (im Jahresbericht für Geburtshilfe und Gynäkologie Band I 1888), welche besonders das Vorhandensein von Gonokokken berücksichtigt, ergiebt sich Folgendes:

Gonokokken werden gefunden

	bei acut. Gonorrhö	bei chr. Gonorrhö
in der Urethra	in 3 Fällen 3 mal	
in der Vagina	in 57 Fällen überhaupt nur 1 mal	
im Cervix	in 16 Fällen 16 mal	in 3 Fällen 3 mal
im Uteruskörper	in 6 Fällen 2 mal	in 2 Fällen 1 mal

Daraus geht hervor, einmal wie wenig günstig die Existenzbedingungen in der Scheide sein mögen für den Gonokokkus-Neisser, der, obwohl zunächst in die Scheide deponiert, unter 57 Gonorrhöfällen doch nur einmal dort zu finden ist; ferner wie doch, entgegen oben aufgestellter Behauptung, recht häufig gerade die Harnröhre mit inficiert wird; endlich ist daraus zu ersehen, dass der Cervix wohl der Ort ist, wo am ehesten positiver Gonokokkennachweis zu erbringen ist, während der

Uteruskörper wieder spärlicher den Gonokokken zum Aufenthalt dient.

In unserm Falle nun handelt es sich nach Massgabe der subjectiven Beschwerden und der objektiven Befunde doch um eine ziemlich schwere Gonorrhö. Ferner lässt sich nach dem sichtbaren Schleimhautbefund der Scheide eine Entzündung dieser diagnosticieren, welche, entsprechend dem Infectionshergang, wohl auch das primäre gewesen sein mag.

Was die übrigen objectiven Befunde anlangt, so werden wir nicht irre gehen, wenn wir den Tumor hinter dem Uterus als ein perimetritisches Exsudat deuten, den walzenförmigen Tumor an der linken Uterusseite als die geschwollene und wegen der Schmerzhaftigkeit bei Berührung als acut entzündete Tube ansprechen, sofern gedachter Tumor an der Seite des Uterus strangförmig beginnend lateral in oben beschriebene Walzenform übergeht. Das gleiche Organ scheint auch rechts etwas entzündlich gereizt zu sein. Ob der vorhandene Cervixkatarrh gonorrhoischer Natur sei, kann ich nicht sicher behaupten, nur als leicht möglich hinstellen; denn Patientin ist bereits ausser Behandlung, so dass mir eine Untersuchung auf Gonokokken nicht möglich war. Für wahrscheinlich möchte ich es jedoch halten, um die Tubenaffectionen, eventuell auch das perimetritische Exsudat als Folgeerscheinungen einer Gonorrhö erklären zu können, wenn schon ich mir bewusst bin, dass auch eine andere Ätiologie dafür sich ausfindig machen liesse.

Nach dem Gegebenen bleibt es nun unentschieden, ob diese **thatsächliche, unableugbare, acute Gonorrhö**

durch einen infectiösen Coitus verursacht wurde oder ob sie entstanden ist aus einer chronischen, sofern die durch lange Zeit unthätig schlummernden Mikroben durch irgend welche Anregung zu neuem Leben angefacht einen frischen Krankheitsprozess setzten.

Mag nun dieser oder jener Entstehungsmodus obgewaltet haben, Thatsache ist die **acute gonorrhoische Urethritis** und Kolpitis; aber, in Anbetracht der Häufigkeit dieser Affection möchte es sich nicht lohnen, davon besondere Erwähnung zu thun, wenn nicht hier eben zu konstatieren wäre, dass die vordere Scheidenwand sich vordränge aus der Genitalspalte durch einen Tumor von kugeliger, prallelastischer Beschaffenheit, und wenn nicht auf Druck auf diesen elastischen Tumor von der Scheide aus, gelber flüssiger Eiter aus der Harnröhre sich entleerte.

Die elastische Beschaffenheit des Tumors und der auf Druck aus der Harnröhre ausfliessende Eiter deuten darauf hin, dass es sich hier um einen Abscess handelte, der die Harnröhrenwände durchbrochen. — Da ferner Patientin seit elf Tagen erst heftig erkrankte, so darf man denselben als einen acuten Abscess hinstellen, der im Anschluss an die gleichzeitige acute Gonorrhö entstanden ist.

Es bleibt nun noch eine wichtige Frage zur Beantwortung übrig, nämlich die: Ist der Abscess gonorrhoischer Natur oder beruht er auf einer Mischinfection? Andrerseits könnte noch einiger Zweifel obwalten, ob die Infection überhaupt von der Harnröhre aus ihren Aus-

gang in die Tiefe genommen hat, oder ob von der Scheide aus, gelegentlich einer submucösen Phlegmone dieses Genitalabschnittes, so dass nur der Durchbruch des Abscesses in die Urethra stattgefunden hätte. Wenn auch letztere Möglichkeit nicht absolut von der Hand zu weisen wäre, so glaube ich doch gerade in diesem Falle, dass es das Nächstliegende ist, anzunehmen, es seien die diesen Abscess verursachenden Kokken von der Urethra aus an den Bezirk ihrer destruierenden Thätigkeit gelangt; denn bekanntlich hat ja die Scheide Plattepithel und ihr Sekret reagiert sauer, die weibliche Harnröhre aber trägt Cylinderepithel. Auf diesem gedeiht der Gonokokkus vortrefflich, zerstört es und dringt event. in die Tiefe, das submucöse, hier periurethrale Bindegewebe in seinen obersten Lagen erfüllend. So könnten nun gleichzeitig specifische Eiterkokken (Staphylokokkus und Streptokokkus pyogenes) in die tiefern Gewebsschichten gelangen und gleichfalls ein fruchtbares Terrain für ihre Thätigkeit finden.

Uebrigens stellt Bumm ein Eindringen der Gonokokken in die Vaginalschleimhaut Erwachsener überhaupt in Abrede, und diesem Autor folgend haben wir einen Grund mehr für die Invasion von der Harnröhre aus; denn die Schleimhaut der Scheide war ja in unserm Falle, wenn auch entzündlich afficiert, so doch oberflächlich intakt.

Erinnern wir uns vollends der oben citierten Angabe von Steinschneider, der zufolge unter 57 Gonorrhöfällen überhaupt nur einmal Gonokokken in der Vagina, dagegen in der Harnröhre solche bei acuter Gonorrhö stets

gefunden wurden, so bleibt wohl kein Zweifel mehr übrig, dass der Abscess seinen Ausgang, oder sagen wir wenigstens seine Gelegenheitsursache in der acuten Gonorrhö der Harnröhre gehabt hat.

Vorausgesetzt nun, es kann, wie vielfach angenommen wird, der Gonokokkus allein Eiterung erzeugen, so liegt hier die Möglichkeit eines rein gonorrhoischen Abscesses vor, oder es handelt sich um eine Mischinfection. Eine wesentliche Entscheidung hierüber könnte der mikroskopisch-bacterielle Befund bringen; indess war derselbe negativ: denn man fand im Eiter des Abscesses keine Gonokokken. In der That ist dies allerdings noch kein Gegenbeweiss eines gonorrhoischen Abscesses. Da nun Bumm in seiner angegebenen Publikation[6]) eines pathogenen Diplokokkus gedenkt, der dem Gonokokkus-Neisser sehr ähnlich, gleichfalls auf gonorrhoisch inficierbaren Schleimhäuten zu finden ist und die Eigenschaft besitzt, **Eiter** erregen zu können, so dürfte auch diese Möglichkeit im Auge behalten zu sein.

Hier also war, wie gesagt, jeder Mikrokokkennachweis negativ und so muss ich denn leider mich bescheiden, einfach die Thatsache eines **periurethralen Abscesses** zu berichten, der **im Anschluss an eine acute Harnröhrengonorrhö** beim Weibe erfolgt ist, ohne dass ich in ätiologischer Hinsicht etwas Beweiskräftiges beibringen könnte.

Ich habe oben gesagt, dass diese Komplikation bisher noch äusserst selten beobachtet wurde. In der deutschen Litteratur fand ich nur bei Winckel (die Krankheiten der weiblichen Harnröhre und der Blase, im Handbuch der Frauenkrankheiten von Billroth und Lücke III. Band pg. 372) einen Hinweis auf Cory, in den Transactions of obstetrical society of London vol XI. pg. 65—67. Da selbiges Original in Deutschland schwer zu beschaffen, sei es mir gestattet, einen wörtlichen Abdruck desselben hier folgen zu lassen, um bei eventuell weiter sich ergebenden Beobachtungen gleicher Fälle ohne Schwierigkeit auf die Originalangabe zurückgreifen zu können.

Es heisst:

ABSCESS OF FEMALE URETHRA.

By Dr. Cory.[8])

Mrs. P—, a tall, stoutly-built married woman, forty years of age, having had but one child, and having always menstruated regularly, stated that on the 29th of April she first experienced a slight pain on passing water, with a feeling of fulness at the lower part of her body, an occasional attack of retching, a desire for the recumbent position, no appetite, great thirst, and headache. These symptoms gradually increased in intensity till the time I saw her, which was on the night of the 2nd of May, when she was suffering severely from pain over the lower part of the abdomen and up the vagina. Her face was flushed, countenance anxious, pulse jerking and wiry, tongue loaded with fur, continual retching, slight delirium, a forcing and bearing down, with constant

micturition. I had much difficulty in persuading her to a vaginal examination, when I found the parts hot and exquisitely tender, the slightest touch causing her considerable agony. The urethra was of large size, and felt like a great roll, filling the vagina completely. The meatus urinarius was so buried in the swollen parts, as scarcely to be made out. The bladder appeared empty, and so irritable that no urine could be retained longer than a few minutes.

I could detect a sense of fluctuation in the most prominent point of the swollen parts, and proposed giving her relief by the use of the lancet: to this she refused her consent. I therefore gave her a good dose of opium, and ordered her a large bread-and-water poultice to the vulvae. A few hours subsequently I visited my patient and found her much relieved. She told me that about half an hour before my arrival she had had a violent fit of retching, and felt something had burst within, which had given her immediate relief from pain, and a cessation of all the distressing symptoms with which she had been troubled. I had no difficulty in obtaining a second vaginal examination, and found the urethra considerably reduced in size, very little tenderness on pressure, a small rent in front of the meatus, about half an inch from the orifice, with pus exuding on the slightest pressure. She was now able to retain her urine in the bladder and to partake of some nourishment. The after-treatment consisted of tonics, with a liberal diet, and in a few days she was quite enjoying her usual health.

Remarks. — She could not account for the abscess coming on in that particular part; had had no blow or injury whatever; had always enjoyed good health with the exception of an occasional leucorrhoea; never had gravel nor stone in the bladder. The symptoms came on gradually from the 29th of April, and increased in intensity till the pus was discharged. The leading features of her case, and the most marked and evident, were the distressing and continued retching, the constant micturition, as well as the excessive irritability of the bladder. These, with the vaginal symptoms, led me to diagnose the case as one of abscess of the urethra, situated in the cellular tissue surrounding the urinary passage. There was no fistulous opening established, and she has had no unfavorable symptom since.

Vorliegender Litteraturfall ist beschrieben im Jahre 1870, also zu einer Zeit, in welcher man den Gonorrhöerreger noch nicht kannte und auch von Staphylokokken und Streptokokken nur wenig wusste. In ätiologischer Hinsicht lässt sich daher auch hier nicht ermitteln, ob Gonokokken oder Eiterkokken den Abscess verursachten.

Dass aber zugleich eine Gonorrhö überhaupt vorgelegen, sagt zwar der Autor nicht direct, doch könnte man eine solche leicht erschliessen. Denn vor allem war eine Lenkorrhö zu constatieren. Nun sind zwar nicht alle Lenkorrhöen auf Gonorrhö zurückzuführen. Rechnet

man indess hinzu, dass die Harnröhre sich dick und geschwellt angefühlt, dass ferner Patientin den Urin kaum 5 Minuten zurückhalten konnte und heftige Beschwerden hatte beim Wasserlassen, und dass die ganze Sache acut auftrat, so gewinnt es immermehr an Wahrscheinlichkeit, es möchte doch wohl eine acute Gonorrhö vorgelegen haben, die diesen periurethralen Abscess nach sich gezogen. Allerdings als so unbedingt sicher lässt sich dies hier nicht behaupten, wie in unserm Falle. Denn alle Erscheinungen, die darauf den Verdacht lenken könnten, sind auch allein erklärbar aus dem Auftreten eines acuten Periurethralabscesses. Abgesehen von der Lenkorrhö, kann dieser die Urethra schwellen machen, deren Schleimhaut in so gespannten und gereizten Zustand versetzen, dass reflectorisch Wasserdrang ausgelöst wird. Alle die Fiebersymptome und Unterleibsbeschwerden sind gleichfalls ebenso gut als Folgen eines einfachen Abscesses zu betrachten, als dass man zurückgreifen müsste auf eine acute Gonorrhö. Desgl. spricht die heisse und höchst empfindsame Vaginalschleimhaut durchaus nicht unbedingt für Gonorrhö; denn ein heisser Abscess unter einer so zarten Schleimhaut muss entschieden diese in Congestion versetzen und eine hyperämische resp. entzündete Schleimhaut, zumal Vaginalschleimhaut ist ganz besonders empfindlich. Einen Zusammenhang also mit Tripper können wir bei diesem periurethralen Abscess nicht als absolut sicher behaupten; doch dieser selbst ist zweifelsohne zu constatieren. Ausgezeichnet schildert Cory, wie der Abscess, so local er beschränkt war, doch so eclatante Allgemeinerscheinungen verur-

sachte, ähnlich wie eine einfache Angina gleichfalls den ganzen Organismus in schwere Alteration zu versetzen vermag, und wie sofort alles wieder verschwindet mit der Eiterentleerung.

Vorliegender Litteraturfall-Cory und der hier beobachtete lehrt uns nun Folgendes:

I. Eine Harnröhrengonorrhö kann einen periurethralen Abscess zur Folge haben, sofern Läsionen in dem Urethralschleimhautepithel durch den specifischen Gonokokkus gesetzt, Infectionskeimen den Weg in die Tiefe öffnen.

II. Periurethrale Abscesse sind beim Weibe höchst selten und machen — abgesehen von heftigen Localsymptomen, bestehend in lästigem Gefühl und heftigen Schmerzen im Unterleib und häufigem und schmerzhaftem Wasserlassen — schwere Allgemeinerscheinungen mit Fieber.

III. Die bacterielle Ätiologie dieser Abscesse klarzulegen, ist zur Zeit noch nicht gelungen; gleichzeitige acute Gonorrhö der Harnröhre scheint stets das primäre zu sein.

IV. Die Diagnose hat sich zu stützen vor Allem auf den objectiven Nachweiss von Fluctuation zwischen vorderer Vaginalwand und Urethra und von Verdickung der letzteren. Zu beobachten sind ferner die erwähnten

Localsymptome, besonders das häufige schmerzhafte Wasserlassen, häufig mit Brennen in der Harnröhre und Blase. — Blasensteine und Blasenkatarrhe werden durch sorgfältige Untersuchung ausgeschlossen. — Dazu kommen dann als Allgemeinerscheinungen Fieber, Kopfschmerz, Appetitlosigkeit und allgemeine Hinfälligkeit.

V. Die Prognose ist bei richtiger und rechtzeitiger Behandlung immer gut zu stellen.

VI. Die Therapie muss in der Eiterentleerung bestehen, und zwar ist die ausgiebige Incision von der Scheide aus — wie es auch in unserem Falle geschehen ist — das Rationellste. Darauf folgt die Desinfection der Wunde und eventuell chirurgische Beseitigung einer entstehenden urethrovaginalen Urinfistel.

Ich sagte „eventuell", denn in unserm Falle und auch bei Cory war dies nicht nötig. Die Incisions- resp. Entleerungsöffnung schloss sich von selbst und Patientin konnte in beiden Fällen in kurzer Zeit aus der Behandlung gehen.

BENÜTZTE LITTERATUR:

[1]) **Ziegler,** Allgemeine und specielle pathologische Anatomie, 5. Auflage 1887.

[2]) **Berliner Klinik 1888** 5. Heft: Oberländer, über die praktische Bedeutung des Gonokokkus.

[3]) **Lesser,** Geschlechtskrankheiten. 2. Auflage Leipzig 1886.

[4]) **Gegenbaur,** Systematische Anatomie, 3. Auflage 1888.

[5]) **Volkmann,** Klinische Vorträge. Nr. 279 die gonorrhoische Infection beim Weibe.

[6]) **Bumm,** Der Mikroorganismus der gonorrhoischen Schleimhauterkrankungen „Gonokokkus-Neisser" 1887 Wiesbaden.

[7]) **Wiener Klinik 1886** 11./12. Heft: Ueber den Diplokokkus-Neisser und seine Beziehung zum Tripperprozess.

[8]) **Cory,** transactions of obstetrical society of London 1870 vol. XI. pg. 65/67.

[9]) **Frommel,** Jahresbericht für Geburtshilfe und Gynäkologie. I. Band 1888 pg. 375/77.